

色覚相談紹介状

平成22年12月9日改訂版
(京都府眼科学校医会)

平成 年 月 日

医療機関名

所在地〒

電話番号

医師名 _____

学校名 _____ 年 組

ふりがな _____ 平成 _____ 年 月 日生 (才) 男・女

〒

住所 _____ 市 _____

(検査結果)

視力検査 R.V.= (×)
L.V.= (×)

細隙灯検査

眼底検査

その他の検査 眼圧測定 R (mmHg)
(必要あれば) L (mmHg)

眼球運動、眼位などの検査
視野及びその他の検査

備考

色覚検査 (下記のうち実施された検査結果のコピーを必ず添付してください)

- ①石原表
- ②TMC表
- ③標準色覚検査表第3部検診用
※左右眼別に検査した結果を附属の記録用紙に記入
- ④標準色覚検査表第1部先天異常用
※これは両眼で検査した結果を附属の用紙に記入
- ⑤その他の仮性同色表名 ()
- ⑥その他の色覚検査の結果 (パネルD-15テスト・ランタンテスト・アノスコプ)

色覚 診断名 (記載されなくても結構です)

以上のとおりですのでよろしく申し上げます。